

طلب الوصول إلى المعلومات الصحية المحمية (PHI)



تشير المعلومات الصحية المحمية (PHI) إلى معلومات حول صحتك. يلزم إكمال هذا النموذج وتوقيعه لمعالجة هذا الطلب.

1. من هو عضو Medicaid؟

الاسم الأول	الاسم الأخير	الحرف الأول من الاسم الأوسط
رقم بطاقة هوية العضو	تاريخ الميلاد (MM/DD/YYYY)	رقم الهاتف
الشارع		
المدينة والولاية والرمز البريدي		

2. وصف تقرير المعلومات الصحية المحمية (PHI)

بمجرد أن نتلقى نموذج الطلب الموقع هذا، سنزودك بتقرير المعلومات الصحية المحمية (PHI). سيحتوي التقرير على آخر 24 شهرًا لبيانات المعلومات الصحية المحمية (PHI) الموجودة لدينا. إذا كنت ترغب في الحصول على المعلومات الصحية المحمية (PHI) خلال تواريخ مختلفة، فعليك ملء التواريخ أناه.

من: _____ إلى: _____

إذا كنت تتمتع بمزايا الرعاية طويلة الأمد (LTC) وترغب في إدراج هذه المعلومات، فحدد المربع الصحيح أدناه.

☐ أريد التقرير لإدراج معلومات LTC ☐ أريد فقط معلومات LTC في التقرير.

3. إلى أين تريد إرسال تقرير المعلومات الصحية المحمية (PHI) هذا؟

من يتلقى تقرير المعلومات الصحية المحمية هذا؟
☐ العضو ☐ الممثل القانوني للعضو ☐ الأب المتبنى أو الطبيعى للعضو
اسم المتلقي بأحرف واضحة
شارع المتلقي
المدينة والولاية والرمز البريدي

معلومات مهمة:

بتوقيع هذا النموذج، فإنني أتيح لخطّة Mercy Care منح المعلومات الصحية المحمية (PHI) حول العضو الذي يحمل الاسم الوارد في القسم 1 إلى المتلقي الذي يحمل الاسم الوارد في القسم 3.

هذه الموافقة مخصصة فقط لهذا الطلب.

قد يتضمن هذا التقرير معلومات حول أمراض مزمنة و/أو حالات متعلقة بالصحة السلوكية و/أو تعاطي الكحول أو المخدرات، و/أو أمراض معدية و/أو أمراض منقولة جنسيًا و/أو فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز و/أو وصمة وراثية.

لا يتضمن تقرير المعلومات الصحية المحمية (PHI) هذا ملاحظات المعالجة النفسية.

قد تتم إعادة الإفصاح عن المعلومات الواردة في هذا التقرير من قبل المتلقي وربما لا تعد محمية بموجب قوانين الخصوصية الفيدرالية أو التابعة للولاية.

4. توقيع العضو أو الممثل المفوض

التوقيع	التاريخ
الاسم بأحرف واضحة	
في حالة توقيع ممثل قانوني على هذا النموذج، صف العلاقة: (والد/والدة، وصي قانوني، توكيل رسمي، ممثل شخصي)	

يشير مصطلح الممثل المفوض إلى تمتعك بإثبات قانوني لقدرتك على التصرف نيابة عن هذا الشخص. يوقع الممثل نيابة عن شخص لا يمكنه قانونًا التوقيع بنفسه. إذا كان العضو أقل من 18 عامًا، فيجب على الوالد/الوالدة أو الوصي التوقيع للقاصر. إذا كنت ممثلًا توقع هذا النموذج، فيتعين عليك إرسال إثبات قانوني لقدرتك على التصرف نيابة عن هذا الشخص.

دلائك سلمت؟ ية كننا أن ندقم س الماعدة ل خط ة هاتصل ب Mercy Care م قعللى ار **800-624-3879**.

أو اتصل ب Mercy Care Advantage على الرقم **1-877-436-5288**.

يرجى توقيع هذا النموذج مكتملاً وإرجاعه إلى
Mercy Care:
Privacy Officer or Coordinator
4750 S. 44th Place, Ste. 150
Phoenix, AZ 85040

يرجى منحنا 30 يومًا حتى نرجع إليك بالرد.